23

CANDIDATURE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SECTION DE PATHOLOGIE MÉDICALE)

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr FOURNIER (ALFRED)

Médecin des hôpitaux,
Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.



PARIS

IMPRIMERIE DE E. MARTINET

2, RUE MIGNON, 2

1876

TITRES SCIENTIFIQUES

1855. Interne des hôpitaux.

1860. Docteur en médecine.

1863. Médecin du Bureau central des hôpitaux.

1865. Agrégé de la Faculté de médecine.

1868-76. Médecin de l'hôpital de Lourcine.

1870-76. Chargé du Cours complémentaire des affections syphilitiques à la Faculté de médecine.

1876. Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

ENSEIGNEMENT

1866-1867. Cours de clinique médicale professé à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. le professeur Grisolle.

1869 et 1870. Cours sur les affections syphilitiques, professé à l'hôpital de Lourcine.

1871 à 1876. Cours officiels sur les affections syphilitiques, professés à l'hôpital de Lourcine.

PUBLICATIONS

I. — PATHOLOGIE INTERNE

De l'urémie.

(Thèse de concours pour l'agrégation en médecine, 1863.)

La question de l'urémie était encore peu connue lorsque cette thèse me fut assignée par le concours.

Rassemblant les divers documents contenus dans la science, et y réunissant quelques faits dont je devais surtout la connaissance à deux de mes anciens maîtres, MM. Aran et G. Sée, je me suis efforcé, d'une part, de déterminer quels symptômes constituent le curieux état morbide décrit sous le nom d'*urémie*, et, d'autre part, de rechercher quelle interprétation pathogénique, doctrinale, peut lui être attribuée.

Sans entrer dans les détails de cette longue étude, je reproduirai simplement les conclusions qui la terminent :

1° Lorsque, par des causes d'ailleurs variables, la fonction urinaire est entravée et devient *insuffisante*, il se produit un certain groupe d'accidents, dits accidents *urémiques*, consistant surtout en des *phénomènes cérébraux*.

2° L'examen nécroscopique est loin de rendre compte dans tous les cas des accidents urémiques. Souvent, au contraire, l'autopsie révèle une *intégrité absolue des centres* nerveux.

3° En l'absence de lésions, il semble rationnel alors d'attribuer à une *altération du sang* les phénoménes observés pendant la vie.

4° Cette altération du sang n'est pas douteuse. Elle ne consiste pas dans la rétention d'un principe *unique ;* les analyses les plus récentes ont, au contraire, démontré que des éléments *multiples* s'accumulent dans le sang, alors que le rein ne fonctionne plus que d'une façon insuffisante.

5° Cette altération chimique du sang est encore mal définie, et la science doit attendre sur ce point de nouvelles recherches.

Note sur deux cas d'urémie.

(Communication à la Société des hôpitaux, 1864.)

ALCOOLISME.

(*Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. I, p. 617 à 689, 1864.)

Exposé de l'état de la science sur l'ensemble des lésions et des troubles morbides dérivant de l'abus des boissons alcooliques.

ADHÉRENCE.

(*Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. I.)

Etude anatomo-pathologique.

Étude clinique sur les douches oculaires appliquées au traitement des phlegmasies de l'œil.

(*Archives d'ophthalmologie*, 1856.)

Résultats observés dans le service de M. le docteur Chassaignac, à l'hôpital Lariboisière.

Note sur cinq cas de dégénérescence cireuse du foie.

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1857.)

Note sur l'emploi des affusions froides dans le choléra typhoïde.

(*Gazette des hôpitaux*, 1865.)

Relation de quelques résultats heureux obtenus par ce traitement dans certains cas de choléra à forme typhoïde (épidémie de 1865, hôpital Lariboisière).

De la paralysie labio-glosso-laryngée (leçon d'ouverture à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1867).

(*Union médicale*, 1867.)

Exposé et discussion d'un cas typique de paralysie labio-glosso-laryngée.

Note sur un cas de goître exophthalmique terminé par des gangrènes multiples. Intégrité absolue du nerf grand sympathique.

(Note lue à la Société médicale des hôpitaux, novembre 1867. — En collaboration avec le docteur A. Ollivier).

L'intérêt principal de l'observation qui fit l'objet de cette note réside dans la production des *gangrènes multiples* qui s'ajoutèrent aux symptômes de la maladie première et terminèrent hâtivement la scène (énorme gangrène de toute la jambe gauche et du tiers inférieur de la cuisse correspondante ; — gangrène s'annonçant sur la main gauche ; — eschare à l'olécrâne gauche ; — gangrène des orteils droits).

Les détails contenus dans l'observation, l'absence de caillots emboliques et surtout l'absence de toute lésion vasculaire, semblent établir d'une façon peu douteuse que ces gangrènes multiples se produisirent sous l'influence de la maladie primitive. *La cachexie exophthalmique*, d'après cela, *pourrait donc aboutir comme terminaison à des gangrènes.*

Note sur un cas d'étranglement interne qui fut pris pour un cas de choléra épidémique.

(En collaboration avec le docteur A. Ollivier. — *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1867.)

Fait curieux démontrant que l'étranglement interne peut emprunter au choléra, non pas seulement quelques-uns de ses phénomènes, mais sa symptomatologie presque complète, au point de donner le change à des observateurs même prévenus de la possibilité d'une telle méprise.

Notre malade, en effet, sans parler de divers symptômes cholériformes que l'on rencontre dans un grand nombre de cas d'iléus, présenta divers phénomènes qui font habituellement défaut dans l'étranglement interne, et qui constituent par leur absence même la base d'un diagnostic différentiel entre cette dernière maladie et le choléra. Ces phénomènes insolites et à coup sûr bien dignes de remarque étaient les suivants :

1° *Diarrhée*; diarrhée qui, survenue dès le début des accidents, ne s'arrêta que l'avant-veille de la mort;

2° *Rétraction notable de l'abdomen;*

3° Vomissements séreux, inodores et *riziformes*, contenant en suspension de petits grumeaux blanchâtres, *exactement analogues à ceux des déjections cholériques.*

(L'autopsie révéla l'existence d'un étranglement interne, constitué par une bride fibreuse enserrant une anse d'intestin grêle à la façon d'un nœud coulant).

Note sur un cas d'intoxication professionnelle par le phosphore, de forme suraiguë et sidérante.

(Communiquée à la Société médicale des hôpitaux, juin 1868. — En collaboration avec le docteur A. Ollivier.)

Ce cas intéressant se résume sommairement en ceci :

Périostite maxillaire suraiguë et d'intensité considérable. — Anémie ex-

traordinaire. — *Cachexie suraiguë ;* — *purpura* ; accidents cérébraux. — Mort DIX JOURS après les premières manifestations morbides.

A l'autopsie : apoplexie capillaire du cerveau, sorte de *purpura cérébral* ; fluidité particulière et coloration noirâtre du sang ; — absence de stéatose viscérale.

Ce fait paraît impliquer l'existence d'une forme spéciale de l'intoxication professionnelle par le phosphore, *forme suraiguë et sidérante*, empruntant sa malignité non pas aux lésions locales, mais à une altération toxique du sang.

II. — PATHOLOGIE SPÉCIALE

I. — AFFECTIONS BLENNORRHAGIQUES

Blennorrhagie.

(Article inséré dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. V, p. 129 à 262, 1866.)

Monographie complète des affections blennorrhagiques (chez l'homme) et de leurs complications.

Balanite, balano-posthite.

(Article inséré dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. IV, p. 515 à 535, 1865.)

Deux cas de rhumatisme blennorrhagique observés chez la femme.

(*Gazette des hôptaux*, 1866.)

Note pour servir à l'histoire du rhumatisme uréthral.

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1866.)

Note destinée à soutenir la spécificité du rhumatisme blennorrhagique contre l'opinion de certains médecins qui ne voient dans cette affection qu'un rhumatisme simple, vulgaire, accidentellement développé dans le cours d'une blennorrhagie.

Les principales idées développées dans ce mémoire sont les suivantes :

I. La blennorrhagie n'est pas seulement la cause occasionnelle du rhumatisme blennorrhagique; elle en est la cause efficiente, directe, nécessaire. *Sans blennorrhagie, pas de rhumatisme blennorrhagique.*

II. En dépit de certaines ressemblances d'ordre secondaire, le rhumatisme blennorrhagique et le rhumatisme simple sont deux affections essentiellement distinctes, très-différentes comme expressions morbides et peut-être comme nature.

Examen détaillé de ces différences au point de vue de l'étiologie; — des manifestations locales; — des symptômes généraux; — des complications possibles; — de l'évolution, — des terminaisons; — des influences thérapeutiques; — des conséquences d'avenir, etc.

III. Des blennorrhagies de divers siéges, il n'en est qu'une, la blennorrhagie *uréthrale*, qui se complique d'accidents rhumatismaux.

D'autre part, des accidents analogues à ceux du rhumatisme blennorrhagique sont souvent observés à la suite et sous l'influence d'irritations diverses de l'*urèthre*, non blennorrhagiques. Le seul cathétérisme uréthral suffit parfois à déterminer des arthrites.

Il est donc possible que le rhumatisme dit blennorrhagique soit un simple *accident d'irritation uréthrale*. — Faits à l'appui. — Si, de toutes les affections blennorrhagiques, l'uréthrite seule s'accompagne d'accidents rhumatismaux, c'est qu'évidemment l'état de l'urèthre n'est pas étranger à la complication rhumatismale. Le rhumatisme dit blennorrhagique, en conséquence, pourrait bien n'être qu'une variété de ces phénomènes réflexes qui se développent à propos d'excitations pathologiques de l'urèthre; dans cette manière de voir, il constituerait, à proprement parler, moins un rhumatisme blennorrhagique qu'un *rhumatisme uréthral.*

Deuxième note sur le rhumatisme uréthral. — De la non-existence d'une diathèse blennorrhagique.

(Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, janvier 1867.)

Réponse à l'opinion de quelques-uns de mes collègues qui, dans la discussion soulevée au sein de la Société des hôpitaux, avaient présenté le rhumatisme blennorrhagique comme le symptôme d'une in-

fection constitutionnelle, comme l'expression d'une diathèse, *lues gonorrhœa.*

Cette prétendue diathèse n'est rien moins que démontrée. — A part le rhumatisme, les divers accidents de la blennorrhagie sont manifestement des complications locales qui n'impliquent en rien l'existence d'une diathèse. — Le rhumatisme lui-même ne saurait être considéré comme un accident diathésique, et cela pour des raisons multiples. — Exposé de ces raisons (p. 11 à 14). — « Donc la blennorrhagie ne saurait être rangée au nombre de ces maladies *totius substantiæ* qui se généralisent, qui imprègnent toute l'économie d'un vice morbide, qui créent des dispositions pathologiques d'un certain ordre et développent des accidents justement appelés constitutionnels. Elle n'a rien par elle-même ni dans ses complications qui implique l'existence d'un état général, d'une infection diathésique ; en un mot, *ce n'est pas une diathèse.* »

De la sciatique blennorrhagique.

(Communication à la Société médicale des hôpitaux, 1868.)

Mémoire consacré à la démonstration de ce fait que je crois avoir été le premier à établir, à savoir l'existence d'une *sciatique blennorrhagique*, c'est-à-dire d'une sciatique développée comme complication de la blennorrhagie.

Exposé de plusieurs observations de sciatiques développées dans le cours de blennorrhagies urétbrales, et accompagnées ou non d'autres manifestations de rhumatisme blennorrhagique. — Discussion de ces faits.

Caractères cliniques de cette sciatique spéciale. — Particularités pouvant servir à la différencier de la sciatique vulgaire.

Hygroma aigu de la bourse séreuse ischiatique, développé dans le cours de la blennorrhagie. — Comment cette lésion peut en imposer pour une sciatique.

Conclusions :

Il existe une sciatique d'origine blennorrhagique, laquelle se développe chez les sujets affectés de blennorrhagie à propos et par le fait

de l'état morbide de l'urèthre. — Ce qui démontre la relation de cette sciatique avec la blennorrhagie, c'est :

1° Qu'on voit figurer parfois la sciatique au nombre des accidents du rhumatisme blennorrhagique ;

2° Qu'il existe des cas où des sciatiques se sont développées à plusieurs reprises dans le cours de plusieurs rhumatismes blennorrhagiques consécutifs ;

3° Qu'il en est d'autres où, dans une série de rhumatismes de cet ordre, la sciatique a semblé alterner avec des manifestations rhumatismales de même nature, mais de siége différent ;

4° Qu'enfin, au point de vue symptomatologique, la sciatique qui succède à la blennorrhagie paraît différer à certains égards de la sciatique vulgaire.

II. — CHANCRE SIMPLE.

Chancre simple

(Article inséré dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. VII, p. 58 à 143, 1867.)

Monographie sur le chancre simple et ses complications.

De l'inoculation comparative des deux espèces de chancres.

(Note additionnelle aux Leçons sur le chancre, II[e] édition, page 375.)

Relation de 190 expériences d'inoculation observées dans le service de M. Ricord, à l'hôpital du Midi, 1856.

Bubon.

(Article inséré dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. V, p. 757 à 806, 1866).

Monographie des diverses espèces de *bubons vénériens*, à savoir :

I. Bubons simples, inflammatoires.

II. Bubons spécifiques, comprenant :

1° Le bubon chancreux (symptomatique du chancre simple).

2° Les bubons sypbilitiques.

III. — SYPHILIS.

A. — Période primaire.

Chancre uréthral induré ; mort subite ; nécropsie.

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1856, et *Leçons sur le chancre*, 2e édit., p. 462.)

Description *post mortem* d'un cbancre induré intra-uréthral, occupant la fosse naviculaire.

Etude sur l'emploi du chlorate de potasse contre la stomatite mercurielle.

(*Union médicale*, 1856.)

Recherches sur la contagion du chancre.

1857.

Ce mémoire, qui remonte à mon internat à l'hôpital du Midi, est l'exposé des recberches que j'entrepris à cette époque sur la contagion du chancre. Il contient l'analyse de cent quatre *confrontations* de malades, c'est-à-dire de cent quatre cas dans lesquels je suis arrivé à pouvoir comparer de part et d'autre les accidents de contagion sur les *sujets contaminants* et les *sujets contaminés*. Qu'il me soit permis de dire qu'aucun des travaux publiés jusqu'à ce jour sur ce point particulier ne renferme un nombre comparable d'observations du même genre.

L'examen des faits relatés dans ce mémoire me conduisit aux conclusions suivantes :

« Comme règle générale, *la nature d'un chancre est subordonnée à la nature du chancre qui lui sert d'ascendant.*

» En effet :

» 1° Le chancre simple des sujets vierges se transmet toujours dans sa forme, c'est-à-dire en tant que chancre simple ;

» 2° Le chancre infectant se transmet également dans son espèce sur les sujets vierges, c'est-à-dire comme chancre infectant ».

Deux autres chapitres sont consacrés à l'étude des questions suivantes : 1° Que produit sur un sujet préalablement syphilitique une contamination dérivant d'un chancre syphilitique ? — 2° Que produit sur un sujet vierge la contagion d'un chancre mou développé sur un sujet syphilitique ?

Un dernier chapitre est relatif à l'étiologie du *phagédénisme.* Là trouve place une observation de *chancre phagédénique dérivant par contagion d'un chancre non phagédénique.*— « Donc le phagédénisme ne saurait être considéré comme une variété particulière du chancre, naissant d'un chancre semblable et se reproduisant dans son espèce. Ce n'est qu'une *complication*, qu'un *accident* du chancre en général ou de toute autre ulcération spécifique ou vulgaire... Et, en somme, les causes qui président au phagédénisme paraissent devoir être rapportées moins à des influences de transmission qu'à certaines conditions, d'ailleurs très-variées, particulières aux individus sur lesquels il se développe ».

Etude sur le chancre céphalique.

(*Union médicale*, février et mars 1858.)

Ce mémoire fut écrit à une époque où la question du chancre *céphalique* préoccupait vivement les syphiliographes, et était opposée comme une objection essentielle à la doctrine dualiste, alors naissante.

Une première partie comprend une revue rétrospective des observations de chancre céphalique déjà contenues dans la science, et un

exposé succinct de quatre-vingt-huit faits nouveaux, soit personnels, soit empruntés à des sources diverses.

Une seconde partie est consacrée à la discussion doctrinale des faits qui précèdent.

Conclusions :

« 1° Les chancres que l'on rencontre sur la face semblent appartenir, comme fatalement, à une seule espèce de l'accident primitif, l'espèce indurée, infectieuse. — Le chancre simple de la face, si tant est qu'il existe, est extrêmement rare et véritablement exceptionnel.

» 2° Le caractère univoque du chancre facial ne saurait être attribué à une transformation *in situ* subie par le chancre simple sous une influence de région ou de tissu. Une semblable modification, hypothétique en principe, est démentie par l'observation et par les résultats des recherches les plus récentes sur la transmission du chancre.

» 3° Si le chancre induré est la seule espèce de l'accident primitif qu'on observe à la face, cela ne tient probablement qu'à la condition d'une *immunité* spéciale de cette région contre l'autre espèce. »

Cette immunité (que d'ailleurs je présentais seulement comme *relative* et non absolue) a été révélée depuis lors expérimentalement. Des inoculations de chancre simple ont été pratiquées sur divers points de la face et du crâne. Or, il est ressorti de ces expériences ce fait surprenant, mais absolument authentique, que les tissus de la face et du crâne sont en quelque sorte de *mauvais terrains* pour le chancre simple, que là le chancre simple végète, s'étiole, et ne prend jamais qu'un développement incomplet, pour s'éteindre presque toujours avec une rapidité singulière. Il est donc bien probable que cette immunité relative de la région céphalique entre pour quelque part dans la rareté du chancre simple sur cette région.

Leçons sur le chancre, par le docteur Ricord, rédigées et publiées par A. Fournier (1[re] édition, 1858 ; 2[e] édition, 1860).

De la contagion syphilitique.

(Thèse pour le Doctorat, 1860.)

Cette thèse est une étude sur la *contagion syphilitique* aux divers points de vue de ses origines (comme nature d'accidents transmissibles),

de ses formes symptomatiques initiales, de ses sources, de sa prophylaxie, etc.

Un des chapitres les plus étendus de ce travail est relatif à la *contagiosité des accidents secondaires*. Diverses questions sont agitées à ce propos : Quels sont, parmi les accidents secondaires, ceux qui possèdent la faculté de se transmettre ? — Quelle est la lésion qui résulte de la contagion de certaines formes d'accidents secondaires, etc. ?

« En résumé, disais-je en réponse à ces diverses questions, je crois :

» 1° *Que les accidents secondaires de forme suppurative sont contagieux;*

» 2° *Que les accidents secondaires ne se transmettent pas dans leur forme*, c'est-à-dire comme accidents secondaires. *Le produit de leur contagion est un* CHANCRE INDURÉ.

La connaissance du caractère contagieux de la syphilis secondaire ouvre une ère nouvelle à la prophylaxie et demande des garanties plus étendues. Il conviendrait donc qu'une *surveillance spéciale* fût exercée (au dispensaire de la préfecture) sur les filles *reconnues syphilitiques*, c'est-à-dire pouvant d'un jour à l'autre, et sans contagion nouvelle, transmettre la syphilis. »

Recherches sur l'incubation de la syphilis.

1865.

Mémoire principalement consacré à la démonstration des incubations *longues*, c'est-à-dire dépassant la durée qui sépare habituellement le rapport contagieux de l'éclosion première du chancre.

Exposé de divers cas d'incubation *à longue échéance*.— Relation de quatre cas, entourés de toutes garanties d'exactitude, dans lesquels l'incubation se prolongea 34, 36, 37 et 60 jours.

Conclusions :

1° L'incubation de la syphilis affecte une durée variable, qui oscille entre des termes extrêmes assez distants ;

2° Elle dépasse souvent les limites dans lesquelles on est accoutumé à la restreindre ;

3° Le plus habituellement, elle se prolonge au delà de 3 semaines ;

4° Il n'est pas rare qu'elle atteigne une durée de 4 à 5 semaines ;

5° Parfois elle dépasse cette durée pour atteindre celle de 6 semaines ;

6° Enfin elle peut se prolonger même au delà ; dans un cas elle a dépassé le chiffre extrême de 2 mois.

7° Les conditions individuelles, loin d'être indifférentes, jouent ici un certain rôle pour avancer ou retarder le terme de l'incubation ;

8° Il n'est pas démontré que la nature de l'accident qui transmet la contagion (accident primitif ou accident secondaire) exerce une influence sur la durée de l'incubation.

9° L'incubation est *constante* pour le chancre syphilitique. Elle fait au contraire défaut pour le chancre simple, qui succède presque immédiatement à l'inoculation ou à la contagion.— Cette différence constitue une opposition de plus entre la syphilis et le chancre simple, dont l'indépendance réciproque est d'ailleurs attestée par tant d'autres caractères.

Des lois qui président à l'éclosion et au développement de la syphilis.

(Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1870.)

Diagnostic général du chancre syphilitique.

(*Union médicale*, 1871.)

Étude séméiologique. — Analyse des caractères cliniques permettant de différencier le chancre infectant des lésions suivantes : 1° érosions simples, inflammatoires ; — 2° herpès ; — 3° vulvite érosive ; — 4° chancre simple.

Etude clinique sur l'induration syphilitique primitive.
(*Archives générales de médecine*, 1867.)

Étude sur quelques particularités d'évolution de l'induration chancreuse.

Ces particularités sont les suivantes :

1° *Ulcération post-cicatricielle de l'induration chancreuse.* — Ce premier phénomène consiste en ceci : Un chancre induré vient de se cicatriser, et sa cicatrice bien accomplie, bien formée, paraît définitive. Or, il arrive parfois qu'à un moment donné cette cicatrice s'ouvre spontanément, s'entame, s'érode, s'ulcère. Il se forme ainsi, à la surface de l'induration, une *plaie nouvelle* qui s'accroît, s'étend, se creuse, envahit toute l'aire de l'ulcération primitive, quelquefois même affecte l'apparence phagédénique. Cette plaie nouvelle présente l'aspect typique du chancre ; on dirait le chancre primitif reconstitué, ressuscité en quelque sorte (chancre *redux*).

Ce chancre redux est contagieux comme le chancre primitif. — Observation à l'appui.

2° *Ramollissement central ou profond de l'induration chancreuse.* — Plus rare que le précédent, ce second processus consiste en un ramollissement progressif des couches centrales ou profondes de l'induration, lesquelles se convertissent en une sorte de déliquium puriforme, puis s'éliminent par une ou plusieurs petites fistules circulaires, curieusement creusées *en trou de vrille* dans la coque périphérique de l'induration.

3° *Indurations satellites du chancre.* — Ce sont des noyaux d'induration se produisant au voisinage de l'induration chancreuse, souvent égaux à celle-ci ou même supérieurs en volume, très-durs, et rappelant trait pour trait, par l'ensemble de leurs caractères, le noyau induré du chancre. Ce sont, en un mot, de véritables *indurations chancreuses surnuméraires*, développées au voisinage du chancre.

Ces indurations *satellites* restent le plus souvent sèches à leur sommet, c'est-à-dire sans éraillure des téguments. — Quelquefois ce-

pendant elles s'entament, s'exulcèrent et constituent alors une plaie à base indurée. Cette plaie présente exactement l'aspect du chancre syphilitique, à ce point qu'elle ne peut être distinguée du vrai chancre que par l'évolution des accidents.

De l'induration chancreuse chez la femme.

(Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1870.)

Est-il vrai, comme on l'a dit souvent, que le chancre syphilitique *ne s'indure pas* chez la femme? C'est à l'examen et à la réfutation de cette doctrine que le travail actuel est consacré.

Résumé :

1° Il est des chancres *de siége commun*, qui peuvent être comparés chez l'homme et chez la femme (chancres des lèvres, de la langue, des doigts, des paupières, chancres extra-génitaux de tout siége). Or, ces chancres s'indurent chez la femme au même degré et de la même façon que chez l'homme.

2° Le chancre du *sein* est un de ceux dont l'induration est le plus manifeste.

3° Parmi les chancres génitaux, ceux des grandes lèvres, des petites lèvres, du capuchon et du gland du clitoris, de l'urèthre et du méat, présentent en général une induration nettement appréciable et souvent très-accusée.

4° Il n'est qu'une région limitée des organes sexuels féminins, à savoir l'infundibulum vulvo-vaginal (fosse naviculaire, anneau vaginal, entrée du vagin), où l'induration s'accuse souvent d'une façon inférieure à ce qu'on observe chez l'homme. Mais il est là des raisons locales qui rendent difficile ou même impossible en ce point la recherche de l'induration. Les chancres de ces parties se prêtent mal ou ne se prêtent pas à l'exploration; ils fuient, ils glissent sous les doigts; on ne parvient pas à les isoler, à les détacher des tissus sous-jacents, ils *se dérobent* véritablement à l'examen.

En somme, sans être absolument constante, l'induration du chancre syphilitique chez la femme est tellement habituelle, tellement commune, qu'on peut taxer d'*exceptionnels* les cas où elle fait défaut.

Il n'est pas moins vrai, cependant, que l'induration offre d'un sexe à l'autre quelques différences. De ces différences, deux surtout sont à noter :

1° Les grosses indurations, les indurations *noueuses*, à noyau bien circonscrit, sont certainement plus rares chez la femme que chez l'homme.

2° Les indurations *en surface* sont plus communes chez la femme que chez l'homme : c'est-à-dire qu'on rencontre surtout chez la femme des indurations étalées, lamelleuses, comparables à des disques aplatis, à des palets, à des pièces de monnaie, à des rondelles de parchemin, etc.

D'ailleurs, à un point de vue plus général, l'induration peut faire défaut sans que pour cela le chancre soit modifié dans sa nature et son essence. — L'induration, en effet, n'est qu'un signe. — *Le chancre n'est pas syphilitique parce qu'il est induré ; il est induré parce qu'il est syphilitique.*

Inoculation.

(Article inséré dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XIX, p. 105 à 138, 1874.)

Exposé de l'état de la science sur l'inoculation, par rapport aux affections vénériennes.

Deux parties principales :

1° Enseignements fournis à la science par la pratique de l'inoculation.

2° Comment et dans quelle mesure l'inoculation peut-elle être appliquée au diagnostic des affections vénériennes ?

Conclusions pratiques :

1° L'inoculation est une méthode qui, dans un certain nombre de cas, peut fournir à la science et à la pratique de très-utiles lumières.

2° L'inoculation ne doit jamais être pratiquée que *sur le malade même* auquel est emprunté le pus à expérimenter. — Conséquemment, c'est l'*auto-inoculation* seule dont nous pouvons disposer comme méthode diagnostique.

3° L'inoculation comporte certains inconvénients, voire exception-

nellement certains *dangers* locaux. Il convient donc en pratique d'être aussi réservé que possible dans l'emploi de cette méthode.

4° Pour que le médecin soit moralement autorisé à pratiquer l'inoculation, il faut qu'elle soit *légitimée par un intérêt sérieux*, par un intérêt non pas seulement scientifique, mais *pratique*, et afférent au malade. Sinon, elle dégénère en une recherche de curiosité, devient un abus, je dirai même un acte regrettable, immoral.

5° L'inoculation ne doit jamais être pratiquée que du libre et plein *consentement du malade*, dûment averti de ce qu'on se propose de faire, de l'intention qu'on poursuit, et des conséquences probables de cette petite expérience.

6° Elle doit être pratiquée suivant les règles formulées précédemment (p. 106), protégée contre toute cause d'irritation, et surveillée avec une attention scrupuleuse tout le temps nécessaire soit à la constatation du résultat cherché, soit à la réparation de la lésion produite.

7° Enfin, au cas où un chancre simple est résulté de l'inoculation, dès que les caractères de ce chancre ont été dûment constatés, il faut s'empresser de l'éteindre, de le tuer sur place par une cautérisation abortive, sans lui laisser le temps de progresser.

B. — Période secondaire.

Des adénopathies secondaires de la syphilis.

(*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1872.)

J'ai eu surtout en vue dans cette note l'étude des *variétés* que présentent parfois les adénopathies secondaires, c'est-à-dire des modifications qu'elles subissent comme confluence, comme volume, comme expressions cliniques, etc.

Les plus importantes de ces variétés sont les suivantes :

1° Adénopathies *multiples*.—Chapelets cervicaux. — Glandage secondaire.

2e Adénopathies à gros ganglions, dites *syphilo-strumeuses*.

3e Adénopathies inflammatoires, *strumo-phlegmasiques*. — Suppuration possible. — Phlegmon péri-glandulaire. — Parfois, suppuration chronique (*Écrouelles secondaires*).

Erreurs fréquemment commises sur la nature des adénopathies de ce genre.

D'une variété *d'abcès rétro-pharyngiens* pouvant dériver de ces adénopathies secondaires.

Des indurations secondaires et des transformations du chancre.

(*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1870.)

I. L'induration n'appartient pas en propre à un accident particulier de la syphilis, le chancre; elle n'est pas l'apanage exclusif d'une manifestation de la diathèse.

Certaines syphilides muqueuses *s'indurent* à l'instar du chancre. — Exemples cliniques. — Description de ces *syphilides indurées*.—Les syphilides de ce genre peuvent, en certaines conditions, simuler le chancre induré. — Conséquences doctrinales d'une erreur commise en pareil cas.

II. *Tansformations du chancre*. — Comment s'opèrent ces transformations. — Deux modes : I. Mode anciennement connu, transformation *in situ* en papule muqueuse. — II. Second mode, non décrit : transformation par *absorption*, par fusionnement du chancre avec des lésions secondaires avoisinantes.

Quels caractères constituent essentiellement le chancre ?

Du pseudo-chancre induré des sujets syphilitiques.

(*Archives générales de médecine*, 1868.)

Il se produit parfois dans l'évolution de la syphilis, et cela d'une façon toute spontanée, des lésions consécutives absolument semblables comme caractères au chancre initial. Ces lésions consistent en des ulcérations généralement isolées, circonscrites, peu creuses, indurées à leur base, reproduisant comme aspect la physionomie, le *facies* du chancre, au point de tromper l'œil le plus exercé. C'est à ces lésions

singulières et encore peu connues que j'ai donné le nom de *pseudo-chancre induré des sujets syphilitiques* ou de *pseudo-chancre induré de récidive*.

Ces lésions, qui se produisent le plus souvent sur les régions génitales, risquent d'être confondues avec le chancre, avec le véritable chancre résultant d'une contagion, si l'on ne tient compte de leur production *spontanée*. Elles ont été prises plus d'une fois pour des accidents de contagion nouvelle, pour des chancres indurés de récidive. Nombre de cas donnés comme exemples de *double vérole* ne sont en réalité que des exemples de *pseudo-chancres indurés*, spontanément développés sur des sujets syphilitiques par le fait de la diathèse préexistante.

C'est à l'exposé de ces difficiles questions qu'est consacré le présent mémoire, distribué en trois parties de la façon suivante :

Première partie : Etude clinique de pseudo-chancre induré de récidive.
Deuxième partie : Nature de la lésion. — Exposé des motifs qui s'opposent à ce que cette lésion soit considérée comme un chancre.
Troisième partie : Application des données précédentes à la question des réinfections syphilitiques ou doubles véroles.

Note sur les lésions des gaînes tendineuses dans la syphilis secondaire.
(*Gazette hebdomadaire*, 1868.)

M. le professeur Verneuil et moi avons les premiers signalé ces curieuses lésions.

Elles se présentent, d'après moi, sous deux formes principales, à savoir :

1° *Hydropisie simple de la synoviale tendineuse*, consistant en l'épanchement d'une certaine quantité de liquide, quantité généralement minime, dans la cavité de la séreuse. Cet épanchement se produit sans phénomènes inflammatoires. Il est indolent.

2° *Synovite tendineuse sub-inflammatoire*. Cette seconde forme ne diffère de la première que par un certain degré de réaction locale

(douleur à la pression, troubles fonctionnels plus accusés, et parfois suffusion rosée des téguments).

La nature syphilitique de ces lésions n'est pas contestable. — Exposé des considérations diverses qui démontrent la relation pathogénique de ces lésions avec la syphilis secondaire.

De l'analgésie syphilitique secondaire.

(*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1869.)

Première mention de cette curieuse *analgésie secondaire* qui, depuis ce travail, a été l'objet de publications diverses.

Résumé :

Les troubles de sensibilité sont extrêmement communs chez la femme, dans la période secondaire.

Très-variés comme formes, ces troubles peuvent intéresser les divers modes de sensibilité.

Le plus fréquent de tous est l'*analgésie*, c'est-à-dire la diminution ou l'abolition de la sensibilité à la douleur.

Cette analgésie secondaire est variable comme expressions cliniques, comme localisations, comme degré. — Le plus habituellement elle n'est que *partielle* et disséminée par îlots à la surface des téguments ; — elle peut être plus ou moins étendue ; — elle peut même être générale et s'étendre aux muqueuses.

Partielle, elle est le plus souvent symétrique d'un côté à l'autre, et présente surtout ce caractère d'affecter avec une prédilection marquée les deux siéges suivants : la *face dorsale du métacarpe* et le *sein*.

Elle affecte toujours une durée assez longue.

Cette analgésie, dont on a contesté le caractère spécifique, ne saurait être rapportée ni à l'anémie, ni à l'hystérie. — Elle est très-différente de l'analgésie hystérique (Voy. *Leçons sur la syphilis*, p.798). — Raisons diverses établissant la relation pathogénique de ce trouble morbide avec la diathèse.

Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydipsie d'origine syphilitique.

(*Gazette hebdomadaire*, 1871.)

Il se produit parfois dans le cours de la syphilis secondaire, chez la femme spécialement, un symptôme très-singulier, consistant en une *exagération temporaire de l'appétit*, laquelle même en certains cas atteint les proportions d'une *boulimie* véritable.

Associée ou non à une exagération de la soif, cette boulimie devient souvent l'origine de divers troubles gastriques et intestinaux.

C'est un accident qui ne s'observe guère que dans certaines formes de syphilis particulièrement remarquables par la multiplicité et le caractère nerveux de leurs manifestations.

Le mémoire consacré à l'étude de ces curieux troubles est divisé de la façon suivante :

I. Conditions dans lesquelles se présentent ces troubles.

II. Etude clinique de la boulimie secondaire. — Symptômes. — Désordres consécutifs. — Coïncidence possible de la boulimie avec un état fébrile, même fortement accusé. — Durée. — Récidives. — Pronostic. — Traitement.

III. Examen des considérations attestant la spécificité syphilitique de ces troubles morbides.

LEÇONS SUR LA SYPHILIS, *étudiée plus particulièrement chez la femme*, 1873.

Cet ouvrage, qui embrasse toute la série des accidents syphilitiques des périodes primaire et secondaire, se prêterait difficilement à l'analyse. Je me bornerai à en indiquer ici les divisions principales.

1re leçon. — Lois qui président à l'éclosion et au développement de la syphilis.

2e, 3e, 4e, 5e et 6e leçons — *Du chancre.* — De l'induration chancreuse. — Question de la fréquence réelle du chancre chez la femme.

Étude générale du chancre syphilitique.

Étude spéciale de certains chancres propres à la femme : *chancre utérin* ; — chancre *mammaire*.

Traitement.

7e leçon. — Bubon symptomatique du chancre. — Variétés. — Traitement. — Du bubon comme *témoin posthume* du chancre.

8e leçon. — Diagnostic général du chancre.

9e leçon. — Période secondaire. — De l'état général durant la période secondaire.

Réaction de la syphilis sur l'état général. — Deux modes d'influence de la diathèse sur l'état général : 1° Type chloro-anémique ; — 2° Asthénie ou langueur syphilitique.

La débilitation générale qu'apporte la syphilis dans l'organisme peut être grave de deux façons : 1° grave par elle-même ; — 2° grave par ses *conséquences indirectes*. — Elle diminue la résistance de l'individu aux causes morbifiques qui peuvent l'atteindre. — Elle excite ou favorise le développement de certaines diathèses, de certains germes morbides en puissance (scrofule, tuberculose, dartre, herpès, etc.) — De la phthisie d'origine syphilitique.

10e, 11e et 12e leçons. — Syphilides cutanées.

13e leçon. — Alopécie. — Onyxis. — *Périonyxis*. — Trois formes : 1° forme squameuse ou cornée ; — 2° périonyxis inflammatoire ; — périonyxis ulcéreux.

14e, 15e et 16e leçons. — Syphilides muqueuses.

Critique du vieux mot confusionniste de plaque muqueuse. — Nécessité de substituer à cette dénomination, qui réunit sous le même chef des lésions grossièrement dissemblables, des désignations en harmonie avec la multiplicité et la diversité de ces lésions. — Proposition d'une *nomenclature nouvelle*. — Toutes les syphilides muqueuses peuvent être ramenées à *quatre types* et désignées comme il suit :

1° *Syphilides érosives ;*

2° *Syphilides papulo-érosives ;*

3° *Syphilides papulo-hypertrophiques ;*

4° *Syphilides ulcéreuses.*

Description spéciale des syphilides vulvaires. — Folliculites vulvaires d'origine spécifique.

Syphilides vaginales. — Syphilides du col utérin.

Syphilides de la bouche ; — de la gorge ; — du pharynx ; — des paupières ; — des narines ; — du conduit auditif, etc.

Syphilis laryngée. — Trois formes d'accidents : 1° érythème laryngé ; — 2° laryngite hyperplasique ; — 3° laryngite ulcéreuse.

17e leçon. — Indurations secondaires. — *Transformations du chancre.*

18e leçon. — Adénopathies secondaires.

19e leçon. — Ophthalmies secondaires : Iritis ; — Kératite ; — Choroïdite ; — Névrite optique ; — Rétinite. — Types complexes.

20e et 21e leçons. — Affections secondaires du système locomoteur.

I. Affections osseuses secondaires : 1° Périostites ; — 2° Périostoses ; — 3° Ostéalgies. — Céphalée crânienne. — Sternalgie. — Pleurodynie.

II. Arthropathies : 1° Arthralgies simples ; — 2° Arthrite sub-aiguë et hydarthrose.

III. Affections tendineuses : 1° Hydropisie simple des gaînes tendineuses ; — 2° Ténosite.

IV. Affections musculaires : 1° Myosalgies ; — 2° Contractures ; — 3° Affaiblissement, débilité musculaire ; — 4° Amaigrissement musculaire ; — 5° *Tremblement.* — Tracés sphygmographiques du tremblement secondaire.

V. *Pseudo-rhumatisme syphilitique.* — Erreurs faciles et fréquemment commises à ce sujet.

22e et 23e leçons. — Affections secondaires du système nerveux. — Nervosisme secondaire. — Céphalée. — Troubles du sommeil. — Asthénie nerveuse. — Douleurs névralgiformes et névralgies (céphalée névralgique, névralgie faciale, sciatique, etc.).

Troubles de sensibilité. — *Analgésie secondaire.*

Paralysies secondaires : hémiplégie faciale ; — paralysies oculaires ; — hémiplégie secondaire.

Troubles des sens.

Troubles de l'intelligence.

Action stimulante de la diathèse sur les névroses antérieures (hystérie, épilepsie). — Névroses d'origine spécifique : *Hystérie secondaire ; — Épilepsie secondaire.*

Système nerveux ganglionnaire : Troubles de caloricité. — Refroidissements locaux, *algidités périphériques.* — Sensation générale de froid. — Sueurs, poussées sudorales, hyperhidrose secondaire.

24e leçon. — *Fièvre syphilitique.* — Trois types : 1° type intermittent ; — 2° type continu ; — 3° type vague, irrégulier.

Caractères de la fièvre syphilitique.

Typhose secondaire.

25e et 26e leçons. — Syphilis viscérale secondaire.

I. Système respiratoire : Dyspnée secondaire.

II. Système circulatoire : palpitations. — *Irrégularités du pouls.* — Tracés

sphygmographiques démontrant l'action de la syphilis secondaire sur le cœur.

III. Système digestif : Troubles de l'appétit. — *Boulimie* secondaire. — Troubles gastriques. — Troubles intestinaux. — Ictère. — Troubles de nutrition ; cachexie.

IV. Système génital : Troubles menstruels. — Fonctions de reproduction. — Grossesse des femmes syphilitiques. — Avortements. — *Avortements successifs.*

27e leçon. — Diagnostic général de la syphilis. — Bases du diagnostic. — Difficultés pratiques. — Des syphilis *sans antécédents.*

Pronostic. — Dangers *directs* et dangers *indirects* de la diathèse. — Pronostic actuel; pronostic d'avenir. — Prétendu diagnostic *prévisionnel* de la syphilis. — Bases rationnelles du pronostic.

28e leçon. — Traitement. — Doctrine de l'*expectation.* — Existe-t-il des « véroles *fortes* » qu'il convient de traiter, et des « véroles *faibles* » qu'on peut abandonner à elles-mêmes? — *Procès du mercure.* — Parallèle de la syphilis traitée et de la syphilis non traitée.

Modes divers d'administration du mercure.

Comment doit être compris le traitement de la syphilis. — MÉTHODE DES TRAITEMENTS SUCCESSIFS.

Syphilis infantile. — Deux cas de lésions osseuses.

(Note communiquée à la Société médicale des hôpitaux, 1865.)

C. — Période tertiaire.

Note sur un cas de gomme syphilitique survenue cinquante-cinq ans après le début de l'affection.

(Communication à la Société médicale des hôpitaux, juin 1870.)

Un malade, affecté de syphilis à l'âge de 17 ans, présente dans sa vieillesse, CINQUANTE-CINQ ANS PLUS TARD, une énorme tumeur gommeuse de la cuisse.— Traitée par l'iodure de potassium, cette tumeur

se résorbe complétement, au point qu'il n'en reste plus vestige six semaines plus tard.

C'est là, je crois, l'exemple de *la plus grande longévité* connue d'une diathèse syphilitique.

Triple paralysie oculaire d'origine syphilitique.

(*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1874.)

Observation d'une malade syphilitique qui fut affectée, de par la syphilis, d'une triple paralysie oculaire : paralysie des troisième et sixième paires droites ; paralysie de la sixième paire gauche. — Traitement spécifique (iodure de potassium et frictions mercurielles.) — Guérison.

Du sarcocèle syphilitique.

(*Mouvement médical*, 1875.)

Confondues autrefois dans un type unique, les diverses manifestations de la syphilis sur le testicule demandent aujourd'hui à être différenciées et décrites séparément.

Ces manifestations, très-distinctes anatomiquement et cliniquement, reconnaissent au moins trois variétés qui peuvent être dénommées de la façon suivante :

1° *Épididyme secondaire ;*

2° *Sarcocèle scléreux ;*

3° *Sarcocèle gommeux.* — A ce dernier, très-probablement, se rattache, comme mode de terminaison possible, une des formes du *fongus bénin testiculaire.*

Description de ces trois ordres de lésions.

De la syphilide gommeuse du voile du palais.

(Leçon clinique, *Gazette des hôpitaux*, 1868.)

Les points principaux signalés dans cette leçon sont les suivants :

1° Caractère remarquablement *insidieux* des gommes du voile palatin, lésions essentiellement indolentes à leur début, pouvant échapper à l'attention, presque *latentes*, puis se révélant par l'explosion soudaine de troubles fonctionnels graves.

2° Étude anatomique de ces gommes, qui consistent bien moins souvent en des tumeurs circonscrites qu'en des *infiltrations diffuses* du voile palatin.

3° Diagnostic différentiel des ulcères gommeux et des scrofulides ulcéreuses de cette région.

Dégénérescence syphilitique de la glande sub-linguale.

(Communication à la Société de chirurgie, 1875.)

Premier cas cité de tumeur syphilitique de la glande sub-linguale.

Syphilis datant de onze ans. — Tumeur située sous la muqueuse du plancher de la bouche et évidemment constituée par la glande sub-linguale ; tumeur ovalaire, comparable à une datte comme volume et comme forme, nettement circonscrite, dure, indolente, etc. — Traitement par l'iodure de potassium. — Diminution immédiate de la tumeur ; guérison rapide.

Lésions tertiaires de l'anus et du rectum. — Syphilome ano-rectal. — Rétrécissement syphilitique du rectum.

(Leçons professées à la Clinique de Lourcine, *France médicale*, 1875.)

Ces leçons comprennent l'étude des diverses lésions tertiaires de l'anus et du rectum.

Deux questions principales y trouvent place :

1° L'une est relative au *syphilome ano-rectal*, lésion non encore

décrite, du moins non décrite dans son évolution complète, telle que j'ai essayé de la présenter ;

2° L'autre a trait à la pathogénie des rétrécissements syphilitiques du rectum.

I. J'ai donné le nom de *syphilome ano-rectal* à une lésion consistant en ceci : *une infiltration des parois ano-rectales par un néoplasme encore indéterminé comme structure initiale, mais susceptible de dégénérer en un tissu fibreux rétractile, et de constituer ainsi des coarctations intestinales plus ou moins étendues.* — D'après moi, cette lésion est l'origine la plus fréquente des rétrécissements rectaux d'origine syphilitique ; c'est même l'origine essentielle du véritable rétrécissement syphilitique du rectum.

Cette lésion consiste originairement en un épaississement rigide des parois ano-rectales, sans ulcération et sans cicatrice. — Traitée de bonne heure, elle peut guérir ou du moins s'amender. — Non traitée, elle persiste et dégénère en un tissu fibreux qui se sclérose, subit une rétraction progressive et diminue d'autant le calibre de l'intestin. Ainsi se trouve constitué le rétrécissement rectal.

II. Pathogénie des rétrécissements syphilitiques du rectum. — Opinions diverses émises à ce sujet. — Discussion.

D'après ce que j'ai pu observer, la syphilis peut conduire au rétrécissement rectal par des processus anatomiques différents. Ces processus sont pour le moins au nombre de deux, à savoir :

1° Rétraction cicatricielle d'ulcérations rectales. — C'est là le rétrécissement *par cicatrice*, forme rare.

2° Hyperplasie rectale ou *syphilome rectal*, produisant le rétrécissement par dégénérescence fibreuse et rétraction consécutive. — C'est là l'origine la plus habituelle, l'origine commune du rétrécissement tertiaire.

Affections syphilitiques des nerfs.

(Leçon clinique, *Mouvement médical*, 1875-76.)

De l'épilepsie syphilitique tertiaire.

(Leçon professée à l'hôpital de Lourcine, *Union médicale*, 1875.)

Il est assez fréquent que la syphilis soit l'origine d'accidents de forme épileptique.

Ces accidents se produisent à différentes époques de la maladie, soit dans la période secondaire (Voy. *Leçons sur la syphilis*, p. 817), soit bien plus souvent dans la période tertiaire.

Dans la période secondaire, ils consistent en des crises épileptiformes ou épileptiques isolées, passagères, qu'il serait difficile, en raison même de leur caractère transitoire, de rapporter à une lésion des centres nerveux, et qui semblent constituer une sorte de *névrose* spécifique.

Dans la période tertiaire, inversement, ils se rattachent de toute évidence à des *lésions* encéphaliques, et constituent un des modes d'expression de l'état organique complexe décrit sous le nom de *syphilis cérébrale*.

C'est à l'étude de cette *épilepsie tertiaire* qu'est consacré le travail actuel :

I. Étude clinique. — L'épilepsie se présente dans la syphilis cérébrale sous l'une ou l'autre des deux formes qu'elle affecte à l'état de névrose : 1° forme d'attaques convulsives ou *grand mal*; — 2° forme de *petit mal*. — Description de ces formes. — Evolution. — Ultérieurement, cette épilepsie se complique d'autres phénomènes cérébraux : troubles de mémoire; — troubles intellectuels et moraux; — hébétude progressive; — excitation maniaque; accès congestifs, aphasie, paralysies, etc.

II. Diagnostic. — Cette épilepsie syphilitique présente-t-elle quelques caractères propres, quelques attributs spéciaux, qui permettent de la reconnaître cliniquement et de la différencier de l'épilepsie simple?

III. Indications pratiques: 1° Toute épilepsie survenue pour la première fois sur un sujet adulte à antécédents syphilitiques *connus* doit être attaquée par le traitement spécifique; — 2° Toute épilepsie survenue dans les mêmes conditions, sur un sujet à antécédents syphilitiques incertains ou reniés, doit encore, à moins d'être explicable par une cause autre que la syphilis, être soumise empiriquement à la médication spécifique.

De la phthisie syphilitique.

(*Gazette hebdomadaire*, 1875, nos 48, 49 et 51.)

I. La syphilis tertiaire peut développer dans le poumon des lésions qui, soit localement, soit par réaction sur l'état général, simulent la phthisie pulmonaire.

Description de ces lésions. — Deux formes anatomiques : 1° Pneumopathies hyperplasiques simples; — 2° productions gommeuses.

Étude clinique. — Symptômes de début. — Symptômes des stades ultérieurs.— Variétés : 1° cas *latents* ; — 2° cas caractérisés seulement par des troubles fonctionnels et des signes physiques, l'état général restant *indemne* ou n'étant que très-accessoirement touché ; — 3° cas où des troubles généraux graves s'associent à la scène morbide locale et donnent à la maladie les apparences de la phthisie pulmonaire.

Pronostic. — Traitement.

Diagnostic. — Recherche des éléments séméiologiques permettant de distinguer la phthisie syphilitique de la phthisie vulgaire.

II. Ces lésions pulmonaires de la syphilis sont souvent justiciables du traitement spécifique ; et, si importantes, si graves qu'elles puissent paraître, elles ne sont pas toujours, tant s'en faut, au-dessus des ressources de l'art.

III. En conséquence, un cas de lésion pulmonaire se présentant à l'observation, il importe toujours (à moins de signes évidents en faveur de la tuberculose) de rechercher si la syphilis ne saurait être mise en cause comme origine de ces lésions.

IV. Et, au cas où la syphilis peut être soupçonnée comme cause, l'indication formelle est de prescrire le traitement spécifique, lequel a fourni parfois en pareils cas les plus heureux résultats.

LEÇONS SUR LA SYPHILIS TERTIAIRE.

I

Premier fascicule, publié par M. Porack, interne des hôpitaux.

(Journal *l'École de médecine*, 1874-75.)

Ce premier fascicule comprend la série des leçons suivantes :

1re leçon. — Caractères généraux de la période tertiaire.

2e leçon. — Gommes du tissu cellulaire.

3e et 4e leçons. — Des syphilides tertiaires cutanées.

5e, 6e et 7e leçons. — Lésions tertiaires du voile du palais, du pharynx et des fosses nasales.

8e leçon. — Lésions tertiaires des organes génitaux.

9e leçon. — Lésions génitales tertiaires chez la femme.

10e et 11e leçons. — Lésions tertiaires de l'anus et du rectum.

II

Second fascicule (en cours de publication).

De la syphilis cérébrale.

(Leçons recueillies par M. Dreyfous, interne des hôpitaux, et publiées dans le Journal *l'École de médecine*, 1875-76.)

COLLECTION CHOISIE DES ANCIENS SYPHILIOGRAPHES.

Cette collection comprendra (en une dizaine de fascicules environ) les œuvres les plus intéressantes des premiers observateurs du *mal français*. — Trois fascicules ont déjà paru ; ce sont les suivants :

I

JEAN DE VIGO. — *Le mal français*, 1514.

(Traduction et commentaires.)

II

JACQUES DE BÉTHENCOURT. — *Nouveau carême de pénitence et purgatoire d'expiation*, à l'usage des malades affectés du mal français ou mal vénérien.

Ouvrage suivi d'un dialogue où le *Mercure* et le *Gaïac* exposent leurs vertus et leurs prétentions rivales à la guérison de ladite maladie, 1527.

(Traduction et commentaires.)

III

FRACASTOR. — *La syphilis* (1530).
Le mal français (1546).

(Traduction et commentaires.)

5533. — PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2